

DENUNCIA DE SINIESTRO

IMPORTANTE:
Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros Nº 17.418, el Asegurado deberá comunicar el acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 horas de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO: ATUN HERNANDEZ SILVIA ALEJANDR
Póliza Nª: 4752723 **Compañía:** ATM Compañia de Seguros S.A. **Siniestro Nª:** 00427161
Denuncia Policial Comisaría: **de** **Nro de Acta y/o Juzgado interviniente:**

FECHA DEL SINIESTRO

Fecha 15/10/2021 **Hora:** 11:00 **Diurno:** **Nocturno:** **Estado del Tiempo:**

LUGAR DEL SINIESTRO

Calle/s: NEWBERY JORGE **Nro.:**
Localidad: Capital Federal **Provincia:** Capital Federal
Tipo de Calzada: **Estado Calzada:**

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: ATUN HERNANDEZ SILVIA ALEJANDR **Documento:** DNI 17099167 **Teléfono:** 11-56324402
Domicilio: AV DORREGO 2765 **C.Postal:** 01425 **Localidad:**
Provincia: **País:** **Est.Civil:** Soltero
Edad: 56 **F.Nacimiento:** **Actividad:** LIC. ADMINISTRACION AGRARIA
Registro Nº: 17099167 **Vencimiento:** **Exàmen alcoholemia:** NO **Resultado:** NEGATIVO

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: ATUN HERNANDEZ SILVIA ALEJANDR **Documento:** DNI 17099167 **Teléfono:** 11-47752842
Domicilio: AV DORREGO 2765 **C.Postal:** 01425 **Localidad:** C.A.B.A.
Provincia: CAP. FEDERAL **País:** **Est.Civil:**
Edad: **F.Nacimiento:**

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca/Modelo: HONDA PCX 150 **Tipo:** **Domino:** A047KYM **año:** 2017
Nª motor: KF20E2003474 **Nª chasis:** 8CHKF2400HP003406 **Uso:** Particular
Cobertura afectada: RESP.CIVIL **Acompañantes:** Si **Cuantos?:**
Detalle los Daños del Vehículo: A verificar

CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: **Frontal:** **Posterior:** **Lateral:** **En cadena:** **Vuelco:**
Colisión con: **Peatón:** **Vehículo:** **Edificio:** **Columna:** **Animal:** **Transp.Pub.:** **Otro:**

CROQUIS *Indique las calles y el sentido con flechas.Dibujar la posición de los vehículos.*

N
O E
S

DETALLE DEL SINIESTRO:
Socia circulaba Jorge Newbery cuando a la altura de la interseccion Av. Cabildo es embestida en su parte trasera por auto con su parte frontal. Socia sufre lesiones y fue asistida por el SAME. Tambien hubo intervencion policial.

Utilizó Remolque o Auxilio: **SI** **NO** **Cual:**



Buenos Aires, 20/10/2021 9:44

DETALLE DE OTRO VEHICULO Completar en caso de haber más de 1 vehículo involucrado

Marca: CHERY **Modelo:** QQ 1.0 LIGHT SECURITY **Tipo:**

Domino: AC715FA **Año:** **Nª motor:** **Nª chasis:**

Uso: **Servicio de urgencia:** **Fuerza de Seguridad:**

Cia.Seguro: ALLIANZ **Nro.Poliza:** 21004/315738-0

Detalle los Daños del Vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido: BATISTA ATT SOL **Documento:** DNI-39000470 **Teléfono:**

Domicilio: **C.Postal:** **Localidad:**

Provincia: Todas **País:** Argentina **Est.Civil:**

Edad: **F.Nacimiento:** **Actividad:**

Registro Nº: **Vencimiento:** **Exámen alcoholemia:** **Resultado:**

CONDUCTOR *(No completar si es el propietario)*

Nombre y Apellido: **Documento:** **Teléfono:**

Domicilio: **C.Postal:** **Localidad:**

Provincia: **País:** **Est.Civil:**

Edad: **F.Nacimiento:** **Actividad:**

Registro Nº: **Vencimiento:** **Exámen alcoholemia:** **Resultado:**

DAÑOS MATERIALES A COSAS (Edificios,Arbol,Volquete,Animal,Otros)

PROPIETARIO **Nombre y Apellido:**

Tipo y Nº documento: **Teléfono:**

Domicilio: **C.Postal:**

Localidad: **Provincia:** **País:**

Detalle los Daños:

DECLARACION DEL DENUNCIANTE

En caso de poseer cobertura de Robo me comprometo una vez reparado los da ños que afectaron a la motocicleta a notificar y poner dicho motovehiculo a su disposición para su verificación. Caso contrario tomo conocimiento para el supuesto que la motocicleta fuera robada, que se me descontará del monto indemnizatorio el valoractualizado de las reparaciones.

Declaro bajo juramento que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y

En **a los** 20 **días del mes de** Octubre **de** 2021

Firma del asegurado o declarante **Aclaración y DNI**



Buenos Aires, 20/10/2021 9:44

DENUNCIA DE SINIESTRO

Anexo Lesiones

IMPORTANTE:
Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros Nº 17.418, el Asegurado deberá comunicar el acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 horas de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO:

Póliza Nª: **Compañía:** ATM Compañìa de Seguros **Siniestro Nª:**

1. LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido: **Documento:**

Teléfono: **Domicilio:** **C.Postal:**

Localidad: **Provincia:** **País:**

Parentesco: **Tipo Lesión:** **Transportado:**

Centro Asistencial:

Detalle de la lesión:

TESTIGOS

Nombre y Apellido:	Documento Nº	Domicilio/Teléfono

DECLARACION DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

En **a los** **días del mes de** **de**

Firma del asegurado o declarante **Aclaración y DNI**



Buenos Aires, 20/10/2021 9:44